

**PETICION PARA LA ANULACION DE UNA RENUNCIA**

(Para el uso de la oficina/agencia cuando la renuncia se haya presentado al Departamento de Servicios Sociales de California y el Departamento haya dado acuse de recibo.)

**PARA LA OFICINA/AGENCIA:**

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA

DIRECCION

NUMERO DE TELEFONO

( )

**AL PADRE/MADRE:**

Su petición para anular su renuncia tiene que ser confirmada por escrito. Complete la siguiente parte de este formulario y devuelva el formulario completo a la dirección de la oficina/agencia que aparece arriba antes de que pasen 14 días, contados a partir de la fecha en que lo reciba, o a más tardar en \_\_\_\_\_. Si este formulario no se devuelve para la fecha señalada, su petición para la anulación se cancelará.

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/la madre de

(NOMBRE DEL PADRE/MADRE)

\_\_\_\_\_, un menor, al que renuncié y entregué a

(NOMBRE DEL MENOR)

\_\_\_\_\_,

(NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA)

ahora deseo anular la renuncia que firmé en \_\_\_\_\_ y recobrar mis derechos como padre/madre.

(FECHA)

Entiendo que esto no ocurrirá a menos que la oficina/agencia esté de acuerdo y complete la parte inferior de este formulario.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE)

(FECHA)

(Esta sección es para que sea completada por el representante de la oficina/agencia.)

To be completed by Agency Representative:

The \_\_\_\_\_ agrees with the above-named

(NAME OF AGENCY)

parent to rescind the said relinquishment and to declare it to be of no force and effect.

(NAME OF AGENCY REPRESENTATIVE)

(TITLE)

(SIGNATURE OF AGENCY REPRESENTATIVE)

(DATE)

**(Agency: Return one copy to the California Department of Social Services)**